

LES
MYXOMES DES OS

(MYXOMES PURS ET MYXOMES ASSOCIÉS)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

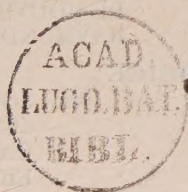
LE 24 JUILLET 1905

PAR

Benoît GUILLAT

Né à Saint-Jean-en-Royans (Drôme)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE MESSIET ET JEANJEAN

14-16, Rue des Etuves, 14-16

—
1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*)..... DOYEN
TRUC..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie.....	GRYNFELTT.
— — M. GUÉRIN (ch. du cours).	
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	H. BERTIN-SANS.

PROFESSEUR-ADJOINT : M. RAUZIER

DOYEN HONORAIRE : M. VIALLETON.

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. JAUMES, PAULET (O.*), E. BERTIN-SANS (*)

SECRÉTAIRE HONORAIRE : M. GOT.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements.....	MM. VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards...	RAUZIER, agrégé libre. Professeur-adjoint.
Pathologie externe.....	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale.....	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE	MM. VIRES	MM. SOUBEIRAN
DE ROUVILLE	VEDEL	GUELIN
PUECH	JEANBRAU	GAGNIERE
GALAVIELLE	POUJOL	Ed. GRYNFELTT
RAYMOND	ARDIN-DELTEIL	

M. IZARD, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TÉDENAT, président.
ESTOR.
JEANBRAU.
SOUBEIRAN.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Lorsqu'on a parlé de supprimer la thèse, s'est-on demandé par quoi l'on pourrait remplacer cette vieille coutume chère aux cœurs reconnaissants, qui la fait débiter par une dédicace et des remerciements aux maîtres, parents et amis qui, à des titres divers, sont venus en aide au jeune étudiant.

Il nous serait pénible, en effet, de ne pouvoir exprimer comme il convient notre gratitude à tous nos maîtres de la Faculté de Montpellier et plus spécialement à M. le professeur Tédénat, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse.

Tous nos remerciements à MM. les professeurs Granel et Sarda qui nous ont dispensé une large part de cette bienveillance qu'ils accordent si généreusement à tous.

A notre maître et ami, le professeur agrégé Soubeyran, nous donnons une fois de plus l'assurance de notre reconnaissance et de notre dévouement pour les leçons et les conseils qu'il nous a si largement prodigués.

De nos premières années d'études à l'Ecole de médecine de Grenoble, nous avons emporté le meilleur souvenir de MM. les professeurs Deschamps, Jacquemet et Perriol, nos maîtres dans les hôpitaux.

Merci également aux docteurs Delage, Rouvière (de Montpellier), Peytard (de Corps), Vire (de Pont-en-Royans), qui nous ont prouvé plus d'une fois que l'amitié n'est pas un vain mot.

Nous n'oublions pas non plus qu'en maintes circonstances Mlle Debon, à Grenoble, M. et Mlle Gay, à Saint-Jean-en-Royans, ont remplacé les parents qui nous avaient été prématurément enlevés. Pour tous les services qu'ils nous ont rendus, encore une fois, merci!

LES MYXOMES DES OS

(MYXOMES PURS ET MYXOMES ASSOCIÉS)

INTRODUCTION

Le myxome pur des os est une affection si rare que, lorsqu'on vient à consulter sur ce sujet nos traités de chirurgie les plus complets et les plus récents, on voit que les auteurs traitent en quelques rapides et courts paragraphes ce chapitre, sans accorder d'ailleurs beaucoup plus de considération au myxome des os associé à une autre espèce de tumeur. Se basant sur une observation de myxome pur des os opéré dans le service de M. le professeur Tédénat, M. le professeur agrégé Soubeyran a fait une étude très complète de ce fait, et c'est surtout grâce à ses conseils et sous sa bienveillante inspiration que nous avons eu l'idée d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Toujours suivant son conseil, nous n'avons pas voulu nous borner à l'étude du myxome pur et nous ferons en même temps l'exposé, plus succinct cependant, des réflexions que peut inspirer la lecture atten-

tive des observations de tumeur myxomateuse mixte des os, dont volontairement M. Soubeyran avait laissé l'étude de côté et qu'il a bien voulu nous laisser le soin de reprendre. Qu'il nous soit permis de placer tout à fait au début de ce travail l'observation qui en est le point de départ,

Observation I

(Recueillie par M. le docteur SOUBEYRAN, dans le service de M. le professeur TÉDENAT)

*Myxome sous-périostique du tibia. — Ablation. — Récidive.
— Evidement osseux. — Guérison.*

Adèle C..., âgée de vingt-quatre ans, couturière, entrée dans le service de M. le professeur Tédénat le 3 mai 1903.

Passé clinique. — Rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels ; c'est une jeune fille n'ayant jamais été malade et bien développée ; elle fut réglée à quinze ans et assez irrégulièrement pendant les deux ou trois premières années.

La tumeur de la jambe gauche qui l'amène à l'hôpital est apparue il y a quatre ans, affirme la malade. Elle remarqua à ce moment une tache bleuâtre, foncée, siégeant à la face interne et à la partie moyenne de la jambe. Elle n'avait jamais ressenti de douleur à ce niveau, ni subi de traumatisme. Une petite grosseur apparut bientôt après et augmenta de volume d'un façon très lente, sans déterminer aucun phénomène douloureux, et sans entraver la marche ou la station debout.

Examen clinique. — A la partie moyenne du tibia gauche et sur sa face interne, il existe une tumeur de forme elliptique, allongée suivant l'axe de la jambe; elle est large de deux travers de doigts environ et longue de 8 centimètres; elle est bien limitée et adhère intimement au tibia. La peau est un peu rosée, mais elle est intacte et mobile.

La consistance de la tumeur n'est pas la même au centre et à la périphérie; au centre la tumeur molle, peu tendue, fluctue très nettement; à la périphérie on a la sensation de parties dures, osseuses, sous forme de crêtes minces, de lamelles craquant sous le doigt et formant comme un rebord; il n'existe pas de battements.

L'exploration est absolument indolore.

Le reste de l'os est normal. L'examen des ganglions inguinaux ne révèle aucune augmentation de volume.

Les signes subjectifs sont nuls; la malade ne ressent aucune douleur, la fonction du membre est conservée intacte; l'état général est excellent.

En présence d'une pareille lésion le diagnostic de périostite albumineuse à forme torpide fut porté, paraissant justifié par la lenteur de l'évolution, l'absence de douleur et la formation d'une collection sous-périostée.

OPÉRATION. — L'intervention fut pratiquée le 5 mai par M. Tédénat; la malade est anesthésiée, puis une ponction est faite dans la partie centrale de la tumeur avec un trocart afin de recueillir le contenu dans un tube stérilisé; rien ne s'écoule d'abord, mais la pression de la tumeur amène l'issue d'une matière gélatiniforme, ambrée, sous forme de

filaments vermiculaires analogues à du verre fondu; elle est recueillie aseptiquement.

Une incision de 10 centimètres est faite sur la tumeur, le périoste est incisé, il se décolle facilement avec le doigt, la matière gélatiniforme, peu abondante, est évacuée, et l'on voit l'os augmenté de volume formant une loge à bords irréguliers, surélevés, dont le fond est creusé de logettes profondes de 7 à 8 millimètres.

La surface tibiale est d'abord curettée, puis pour plus de sûreté la partie saillante de nouvelle formation est enlevée à la gouge et au maillet; le tissu osseux assez vascularisé est éburné, la surface tibiale est aplanie; le périoste est ensuite excisé. — Les téguments sont réunis avec des crins de Florence. Les suites opératoires furent des plus simples. — Au premier pansement fait le 11 mai, la réunion était parfaite, les fils furent enlevés, et le 25 mai la malade sortit guérie.

Récidive. — Le 17 juillet suivant, la malade rentre à l'hôpital, car la tumeur a récidivé. Quelques jours après sa sortie elle s'aperçut qu'une petite grosseur se formait à côté de la cicatrice; cette tuméfaction, absolument indolore, augmente assez rapidement de volume.

Il existe en dedans de la ligne de la cicatrice de la première intervention, à cinq millimètres d'elle et au niveau de l'union de son tiers supérieur avec son tiers moyen, une tuméfaction très apparente, arrondie, du volume d'une noisette; elle est molle, peu tendue et fluctuante; la peau est intacte.

OPÉRATION, le 20 juillet. Incision longitudinale sous anesthésie à l'éther; l'aspect de la tumeur est identique à celui

qu'elle offrait à la première intervention ; le périoste est excisé largement, puis une large bande d'os épaisse de 8 millimètres est enlevée à l'aide de la gouge et du maillet. — Suture avec des crins. — Guérison sans incident. Sortie le 10 août.

EXAMEN MACROSCOPIQUE. — Les parties enlevées sont formées par un tissu de trabécules osseuses limitant des cavités ou logettes irrégulières remplies d'une matière gélatiniforme claire et incolore. En certains points, le revêtement périostique est épaissi et émet comme des filaments qui paraissent être à l'origine de la fonte gélatineuse, et se dirigent vers une lame osseuse mince sur laquelle est de la matière gélatiniforme et qui présente des logettes osseuses remplies de la même matière.

EXAMEN MICROSCOPIQUE (Dû à l'obligeance de M. le professeur Bosc). — A un faible grossissement, en allant du périoste vers le centre de la tumeur, on constate d'abord une couche peu épaisse de tissu conjonctif fasciculé de même structure que le périoste, mais dont les noyaux sont hypertrophiés. Rapidement les tissus se dissocient, renferment des cellules à gros noyau ovoïde, qui deviennent anguleuses, émettent des prolongements et constituent des cellules du type muqueux, dans un tissu à fibrilles minces et ondulées. Ce tissu intermédiaire s'éclaircit de plus en plus, et la tumeur de cellules volumineuses étoilées, à très nombreux prolongements qui s'entre-croisent, laissant de grands espaces clairs. Ce tissu muqueux extrêmement fragile aboutit à l'os dont la surface apparaît extrêmement irrégulière, creusée dans tous les sens, montrant des presqu'îles de tissu osseux presque entièrement détachées et des îlots en

voie de dissociation. Ce tissu muqueux creuse l'os, pénètre au niveau des canaux de Havers qui s'élargissent et forment des cavités irrégulières qui finissent par communiquer les unes avec les autres. Ce processus aboutit à la disparition de la substance osseuse intermédiaire et à la formation de vastes nappes muqueuses.

A ce faible grossissement, les cellules osseuses sont hypertrophiées et leur cavité est d'autant plus élargie que l'on s'approche davantage de la surface de résorption.

Ces espaces de transformation muqueuse sont parcourus par des vaisseaux atteints d'une endo-périvascularite très forte qui en constitue la trame essentielle. Le début de la transformation muqueuse se fait autour d'eux et autour des capillaires qui les amènent au contact de l'os.

A un fort grossissement, l'examen de la surface périostique permet de suivre la transformation des cellules conjonctives en cellules muqueuses volumineuses, d'abord bipolaires puis multipolaires, pourvues de chevelus abondants qui s'anastomosent et constituent des mailles dans lesquelles se trouvent quelques mononucléés, des débris de noyaux, des granulations albuminoïdes. Par endroits ce reticulum disparaît et on a de grands espaces clairs dans lesquels on trouve d'énormes cellules vacuolisées qui finissent par subir une désintégration granuleuse totale et qui doivent être considérées comme des cellules muqueuses ayant subi un processus de dégénérescence vésiculeux avec disparition de leurs prolongements.

Les vaisseaux qui forment la trame apparaissent volumineux, constitués par une paroi épaisse, de plusieurs rangs de cellules allongées, dont les plus externes subissent la transformation muqueuse et prennent le type chevelu des cellules de la tumeur.

Ces cellules étoilées viennent en contact avec la surface de l'os en résorption ; à ce niveau, si l'on examine un îlot osseux, on constate que dans toute son étendue les cellules osseuses sont entourées par une cavité claire volumineuse ; cette zone de raréfaction osseuse s'étend le long des prolongements cellulaires beaucoup plus nets que dans la normale.

Si l'on suit le processus de résorption osseuse, l'on constate que ces cavités périceellulaires viennent s'ouvrir à la surface des fragments osseux, formant des golfes qui creusent de plus en plus l'os.

Il est difficile de dire d'une façon précise si les cellules osseuses se transforment en cellules muqueuses, ou si les cellules muqueuses en prolifération à la périphérie de l'os rongent ce dernier, pénétrant ainsi dans les cavités osseuses agrandies. En examinant attentivement les points les plus typiques de la préparation, il nous a paru que ces deux phénomènes marchaient de pair, mais que l'envahissement des cavités osseuses par les cellules myxomateuses proliférées constituait le phénomène histologique le plus important pour expliquer la résorption et la formation de tissu myxoïde. Un point qui nous a paru d'un intérêt considérable, mais dont l'explication nous paraît difficile à donner, c'est que, autour des capillaires qui viennent au contact de l'os et qui constituent les points de départ les plus actifs dans la transformation myxomateuse, on note des cellules d'aspect pavimenteux, volumineuses, à protoplasma réticulé, à petit noyau central, hyperchromatique ; ces cellules s'hypertrophient, s'arrondissent, deviennent claires et finissent par disparaître.

On peut penser qu'il s'agit de cellules conjonctives, peut-être endothéliales ou bien de grands mononucléaires, mais

ce ne sont là que des hypothèses ; la nature et le rôle de ces cellules nous échappent.

En somme, il s'agit d'un *myxome* à début périostique envahissant l'os qu'il détruit par un processus de résorption qui suit surtout les canaux de Havers, de façon à constituer de fines coques osseuses limitant des cavités en géodes remplies de substance muqueuse.

Comme on le voit, cette observation est capitale, elle est à elle seule une histoire aussi complète qu'on peut le désirer de myxome pur, et nous allons maintenant, la gardant toujours présente devant nos yeux, tracer de l'affection qui nous occupe un tableau complet et en envisageant successivement pour y parvenir l'anatomie pathologique, l'étiologie, les considérations cliniques, et voir comment, d'un diagnostic aussi serré que possible, découle un pronostic que l'acte opératoire bien conduit peut rendre moins sombre que l'on ne pourrait s'y attendre.

Nous tenons à donner avant tout quelques notions sur l'historique, dont la brièveté même fera comprendre la rareté des lésions qui nous intéressent.

HISTORIQUE

Nous ne trouvons dans les divers traités classiques que quelques lignes sur les myxomes des os.

Dans ses *Leçons sur les tumeurs*, Virchow compare les myxomes des os aux disques gélatineux des méduses. « C'est en particulier dans les maxillaires qu'il se développe souvent des tumeurs très considérables de cet ordre. De ce nombre sont évidemment beaucoup de cas de soi-disant sarcomes gélatineux et d'ostéostéatomes. Mais il est très difficile de tracer la limite précise de ces tumeurs, qui présentent énormément de formes transitoires compliquées.

Les myxomes cartilagineux, en particulier, se confondent tellement avec les enchondromes mous, qu'il ne dépend parfois que de la volonté de l'observateur de décider où devra être rangé chaque cas en particulier.

J'ai décrit, il y a longtemps, un tumeur de ce genre, provenant de la phalange d'un doigt, qui se rapprochait du myxome en ce que les cellules n'étaient nulle part enve-

loppées de capsule. Virchow, on le voit, considère surtout les formes mixtes.

Pour Volkmann, les myxomes ne sont pas rares dans les os ; cependant une opinion définitive est encore impossible, dit-il, car il existe fort peu de recherches sur les myxomes des os. On peut seulement prévoir que les tumeurs décrites sous le nom de kystes, sarcomes gélatineux, cancer alvéolaire ou colloïde, ne sont autre chose que des myxomes.

D'autre part, les myxomes se présentent souvent sous des formes mixtes : enchondromes myxomateux ; myxomes cartilagineux. Volkmann pense que les myxomes se forment aux dépens de la moelle osseuse ; ils s'accroissent lentement, et ne s'accompagnent jamais de métastase.

Pour Rindfleisch, vu la grande ressemblance qui existe entre le myxome et l'enchondrome, il est difficile de séparer nettement ces deux ordres de tumeurs ; cet auteur n'hésite pas néanmoins à affirmer que la plupart des tumeurs osseuses molles et gélatineuses sont des enchondromes (Tédenat).

D'après Lücke, le myxome des os se développe aux dépens de la moelle osseuse ; il se présente souvent sous la forme pure, souvent aussi mêlé à du sarcome et de l'enchondrome. Ces tumeurs sont lobulées, gris clair ou jaunâtre à la coupe. Elles compriment l'os et l'atrophient. On les trouve le plus souvent au niveau des maxillaires supérieur et inférieur, mais aussi au niveau du fémur et des autres os.

Cornil et Ranvier insistent sur la dégénérescence muqueuse et la transformation en pseudo-kyste, ainsi que sur le diagnostic anatomique entre le sarcome et le myxome.

Nicaise, dans sa thèse d'agrégation sur le diagnostic des affections de la hanche, rapporte, parmi les affections rares,

une observation due à Ollier, que divers auteurs, Poncet en particulier, rangent parmi les myxomes des os. Il s'agit d'une altération kystique du grand trochanter.

Dans son mémoire paru dans le *Montpellier Médical* en 1884, le professeur Tédénat passe en revue les travaux de Volkmann, Lücke, Virchow, et cite une observation de myxome pur siégeant à la partie moyenne de l'arcade sourcilière gauche et non sur les petits os du tarse comme le répètent Poncet et Nové-Josserand dans leurs articles (Soubeyran).

Dans ce même travail, M. Tédénat rapporte trois autres observations recueillies à Lyon : il s'agissait dans la première de myxomes fins siégeant sur le pneumogastrique, le médian et l'omoplate, la tumeur de l'os paraissait secondaire à la tumeur des nerfs, dans la seconde la tumeur était un fibromyxome siégeant sur le condyle droit du fémur ; la troisième est relative à un chondromyxome du maxillaire inférieur, du volume d'un œuf de poule.

En 1805, Nové-Josserand et Bérard rapportent une observation fort intéressante et fort bien étudiée de myxome kystique du tibia ; la tumeur était formée par une coque osseuse renfermant du tissu muqueux et un kyste hémattique. A la suite de leur observation, les auteurs étudient les kystes des os et ils insistent dans les cas où le diagnostic est, sur l'importance d'une incision exploratrice, suivi d'examen histologique qui décidera de la conservation ou de l'amputation.

Raffin, dans sa thèse inspirée par M. Pollosson, réunit 11 observations de myxomes diffus des membres. Dans toutes ces observations, il n'est pas question de myxome d'origine osseuse, il s'agit de tumeurs diffuses suivant les gaines vasculaires, les nerfs, et se comportant comme des

tumeurs malignes. En 1902, le Dr Tapie (de Toulouse) rapporte une observation de myxome récidivant du maxillaire inférieur, où le traumatisme paraît jouer un certain rôle. Il étudie ensuite le siège des myxomes des os, leurs signes et leur pronostic. Le dernier et le plus important travail paru sur la question est celui du professeur agrégé Soubeyran.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Macroscopiquement, myxomes purs et myxomes associés présentent à peu près les mêmes caractères. « C'est une tumeur molle, facile à écraser, qui procède ordinairement de la substance interne et produit, à mesure qu'elle grandit, des saillies de l'os qui ont encore au début une enveloppe dure, mais perdent celle-ci plus tard et s'accroissent alors sous forme de masses molles. Ça et là se trouvent encore, dans l'intérieur, des nodosités composées pour la plupart de plusieurs lobes, quelques restes de tissu antérieur, sous forme de trabécules, de réseaux... L'aspect de la tumeur est de coloration gris clair, blanchâtre ou jaune pâle, comme la chair des huîtres ou le disque gélatineux des méduses ; les vaisseaux se trouvent en quantité très variables et donnent, suivant les circonstances, à la tumeur une coloration rose clair ou rouge foncé (Virchow, cité par Tédénat).

Le myxome des os n'atteint pas en général un gros volume :

une grosse noix, un œuf de poule, une mandarine, d'après Tédénat et Tapie ; cependant dans les cas de transformation kystique le volume est plus considérable (Soubeyran).

La tumeur possède une enveloppe dure, une coque quand elle naît de la partie profonde de l'os, qui peut disparaître ensuite.

Au-dessus de la tumeur, le périoste est en général aminci ; il se perfore par places et le néoplasme devient sous-aponévrotique.

De la face profonde du périoste partent des tractus fibreux qui circonscrivent les lobules de la tumeur. Celle-ci révèle un aspect bien spécial, son tissu a été comparé par Virchow au disque gélatineux des méduses ; dans l'observation de Soubeyran elle était ambrée, translucide, molle ; dans le cas de Tapie, le tissu était blanchâtre, ferme, rappelant le sarcome fasciculé.

L'os est fréquemment creusé de dépressions arrondies, cupuliformes, profondes de quelques millimètres ; d'autres fois une véritable loge s'enfonce en plein os (Tapie), quelques petits îlots détachés de l'os sont parfois inclus dans le néoplasme, sous forme de lamelles fines, finement persillées (Tédénat).

Dans certains cas, il existe un allongement de l'os ; dans l'observation de Nové-Josserand ; le tibia était allongé de 35 millimètres ; cet allongement est facilement expliqué par l'excitation du cartilage de conjugaison produite par le néoplasme (Soubeyran).

Le point de vue histologique acquiert ici une importance considérable, puisque seul l'examen microscopique nous permettra de diagnostiquer un myxome des autres tumeurs des os et de constater si ce myxome est pur ou s'il contient les éléments caractéristiques du sarcome, du lipome, du

chondrome et du fibrome qui en feront ce que nous avons appelé un myxome associé.

Le myxome pur est formé de cellules muqueuses étoilées à gros noyau, présentant de longs prolongements anastomosés entre eux.

Ces cellules sont plus ou moins serrées ; dans le cas de Tapie elles étaient très serrées et le réseau fibrillaire très dense donnait à la tumeur l'aspect d'un fibrome à un faible grossissement.

Quelques cellules sont allongées, filiformes : çà et là on peut rencontrer des cellules arrondies à gros noyau ; elles peuvent manquer.

Une substance intercellulaire amorphe remplit les intervalles de ces cellules et l'on peut rencontrer dans ces mailles divers éléments, tels que des mononuclées, des débris de noyaux ; certaines cellules muqueuses peuvent acquérir des dimensions considérables, elles deviennent vésiculeuses et perdent leurs prolongements.

ÉTIOLOGIE

Pour Volkmann les myxomes des os ne sont pas très rares, car cet auteur pense que beaucoup de myxomes sont pris pour des sarcomes gélatineux; il a surtout en vue les formes mixtes, où il y a le plus souvent adjonction de tissu cartilagineux.

Le myxome pur est beaucoup plus rare. M. Soubeyran n'a pu en réunir que 6 observations, et depuis son travail paru en février 1904, nous ne croyons pas qu'il y ait eu d'autres cas publiés. Les auteurs allemands, Lücke en particulier, font allusion à des observations de myxomes siégeant aux maxillaires inférieurs et supérieurs et au fémur, qu'ils ne rapportent pas.

Ces tumeurs s'observent plus fréquemment chez l'homme (5 fois sur 8 dans les observations que nous citons); de plus, c'est une maladie de l'âge adulte; les malades de nos observations avaient quarante-six, quarante-cinq, trente-neuf,

trente-cinq, trente-quatre, vingt-quatre, dix-neuf, seize ans.

En général les maxillaires sont souvent cités par les anciens comme siège du myxome; on signale encore le fémur, le tibia, et à tort les petits os du tarse dans une observation de M. Tédénat; Cornil et Ranvier signalent surtout les os courts.

Dans les observations que nous citons la tumeur siégeait : une fois sur l'omoplate (Létiévant-Tédénat), deux fois sur le maxillaire inférieur (Tédénat-Tapie), une fois au niveau du grand trochanter (Nicaise), une fois sur l'os frontal (Tédénat), une fois au niveau du condyle externe du fémur (Tédénat).

Le traumatisme, pour Tapie, a dans l'étiologie une part incontestable, et il cite à l'appui de son affirmation son observation dans laquelle le malade vit une première fois la marche de la tumeur activée par un coup reçu sur le menton ; puis, la tumeur enlevée, un nouveau choc aurait déterminé cinq ans après une récurrence qui nécessita une deuxième intervention.

Le myxome des os est en général une tumeur primitive, mais il peut être secondaire à une néoplasie siégeant sur d'autres organes ; dans l'observation de Létiévant, citée par M. Tédénat, il existait sur les nerfs pneumo-gastrique, musculo-cutané, médian, et sur le scapulum des myxomes purs ; la formation de la tumeur osseuse qui occupait la fosse sous-épineuse paraît postérieure aux tumeurs des nerfs, ainsi que la lecture des faits permet de le supposer.

ÉTUDE CLINIQUE

« L'existence des myxomes des os ne peut être soupçonnée, on essaierait vainement avant l'opération d'établir une symptomatologie et un diagnostic différentiel », écrit très justement Poncet (1); il nous paraît cependant que de l'étude de ces tumeurs se dégagent quelques caractères qui peuvent attirer l'attention du chirurgien.

La tumeur peut être longtemps ignorée, comme dans l'observation de Nové-Josserand et Bérard, et ne se réveiller que lorsqu'elle subit un accroissement plus rapide.

La douleur est le plus souvent absente, quand elle existe elle est toujours peu marquée ; les signes fonctionnels sont presque nuls; quand la tumeur occupe le maxillaire, les dents deviennent mobiles (Tapie); quand elle siège au mem-

(1) *Traité de chirurgie.*

bre inférieur, la station debout et la marche sont possibles.

L'inspection de la tumeur donne peu de renseignements, la peau est parfois légèrement rouge, avec quelques arborisations vasculaires ; elle est toujours intacte, sans adhérences ; l'élévation de la température locale n'est pas signalée. — La tumeur affecte des volumes divers, qui nous sont déjà connus ; quand elle siège au niveau des mâchoires elle détermine de la tuméfaction du sillon gingivo-labial ; à sa périphérie elle s'aplanit peu à peu et se fusionne avec les parties voisines.

Dans une observation, la tumeur avait déterminé un allongement notable de l'os.

La pression exercée sur la tumeur détermine rarement une douleur légère. La consistance est variable ; tantôt la main sent une coque osseuse, dure, lisse, qui masque la mollesse habituelle des myxomes ; il n'existe alors aucun point ramolli, ni crépitation parcheminée ; tantôt, lorsque la tumeur est sous-périostée, elle paraît molle, lobulée ; dans l'observation I, la partie centrale était fluctuante et tout autour on sentait des masses osseuses de nouvelle formation ; l'immobilité sur l'os est absolue.

Si l'on pratique une ponction avec une aiguille, c'est du sang qui s'écoule s'il s'agit d'une transformation kystique ; dans certains cas la ponction avec un trocart, comme dans notre observation, fait écouler une matière ambrée, gélatineuse, en longs filaments vermiculaires. Jamais nous n'avons trouvé l'adénopathie signalée.

La tumeur respectant la peau n'a aucune tendance à l'ulcération spontanée ; dans l'observation de Tapie une incision fut faite par un médecin qui croyait à un abcès, et un champignon charnu pâle et mou se fit jour sur le rebord gingival.

La marche est lente en général et la durée longue; mais dans certains cas il semble que le développement de la tumeur puisse prendre tout à coup une allure assez rapide.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est difficile. En dehors de certaines tumeurs bénignes spéciales aux maxillaires (tumeurs paradentaires), des exostoses et des chondromes faciles à reconnaître, on ne diagnostique guère dans le tissu osseux que des tumeurs malignes, et l'intervention radicale est proposée ; or il faut cependant songer à la possibilité de certaines tumeurs bénignes bien qu'elles soient rares.

En présence d'une tumeur qui a augmenté le volume de l'os, on pense peu au myxome ; la lenteur de l'évolution sera le meilleur signe clinique qui écartera l'idée d'une tumeur maligne.

Nové-Josserand et Bérard insistent sur la nécessité d'une incision exploratrice : l'aspect du néoplasme, l'examen microscopique pourront faire penser au myxome et faire éviter une opération radicale.

Quand la tumeur a perforé sa coque osseuse, elle s'étale et se reconnaît par sa mollesse.

L'âge du malade, les caractères objectifs de la tumeur, son siège, sa limitation exacte à une portion peu considérable de l'os, l'absence de phénomènes douloureux et de réaction du côté de la peau, son évolution lente écartent l'idée d'une lésion inflammatoire.

L'ostéosarcome augmente rapidement de volume et compromet vite la solidité de l'os. Dans l'observation de Nové-Josserand, la tumeur ressemblait fort à un sarcome.

« Cependant Ollier, en se fondant sur l'absence de certains signes importants de sarcome à sensation de masse molle, crépitation parcheminée, élévation de la température locale soufflée, battement, avait fait des réserves sur le diagnostic et décidé de faire d'abord une mission exploratrice. »

Le diagnostic anatomique lui-même est parfois fort difficile entre un sarcome en transformation muqueuse et un myxome avec des îlots de tissu embryonnaire ; la présence de fibres élastiques et de cellules adipeuses est en faveur du myxome ; dans certains points du sarcome en dégénérescence muqueuse, on trouve des cellules détruites.

Le myxome kystique sera impossible à reconnaître cliniquement, la dureté de sa coque osseuse sera le seul signe perçu ; peut-être la radiographie donnerait-elle des renseignements utiles en révélant la transparence du contenu ; à l'incision, le chirurgien devra se rappeler que les kystes des os reconnaissent diverses origines : kyste hydatique, kystes d'origine néoplasique (sarcome, myxome), kystes inflammatoires ; la conformation du kyste, la couleur du liquide l'examen histologique de la paroi feront reconnaître le myxome kystique.

PRONOSTIC

Les myxomes sont des tumeurs en équilibre instable ; « entre le myxome pur et le sarcome ont trouvé tous les intermédiaires, depuis le myxome fibreux, le myxome lipomateux qui sont bénins, jusqu'aux myxosarcomes qui confinent aux tumeurs malignes et doivent être rangés parmi les sarcomes » (Pierre Delbet, *Traité de chirurgie*). Malherbe a vu des myxomes des parties molles récidiver sous forme de sarcomes. Au niveau des os, ces tumeurs sont en général bénignes et ne récidivent que si l'extirpation a été incomplète (Volkman).

Dans l'observation de Tapie (de Toulouse), la récurrence paraît nettement consécutive à un traumatisme survenu 6 ans après l'intervention, mais dans cette observation la longue durée de la guérison prouve évidemment qu'il n'y a pas eu repullulation d'un fragment oublié de la première tumeur ; on est en présence non d'une simple continuation du premier néoplasme, mais d'une récurrence véritable.

Le myxome des os récidive avec moins de facilité que le myxome des membres.

Nous n'avons jamais noté la généralisation pour le myxome primitif des os.

Virchow cite un cas de myxome du genou avec productions secondaires sur le sternum ; nous savons déjà que secondairement la néoplasie née des parties molles peut se généraliser au squelette (Létiévant-Simon).

Le pronostic doit donc toujours être réservé.

TRAITEMENT

Deux principes doivent diriger le traitement des myxomes des os :

1° La généralisation possible du myxome des os, la transformation de la tumeur par retour du type embryonnaire, font de l'intervention une nécessité absolue.

2° Il faut enlever le tissu néoplasique en totalité.

Quel genre d'opération convient-il de faire ?

Il faut avant tout faire des opérations conservatrices, et éviter les opérations radicales ; nous sommes loin du précepte d'Ollier applicable aux tumeurs malignes des os : « La chirurgie la plus conservatrice est celle qui enlève le plus. » Donc, pas d'amputation dans la continuité ou dans la contiguïté.

« Si l'os est peu volumineux, si son ablation est facile et sans danger pour la vie et pour la fonction, on pour l'enlever ; c'est le cas pour les petits os des membres. Pour les

os volumineux, l'emploi de la bande d'Esmarch rendra de grands services en permettant de rendre plus net le champ opératoire. L'opération comprendra plusieurs temps :

1^o Incision des parties molles et du périoste, au niveau de la tumeur; le périoste est en général facile à décoller;

2^o La tumeur est ensuite isolée de l'os à l'aide d'une rugine et enlevée aussi complètement que possible : l'emploi de la curette pourra être nécessaire ;

3^o L'os sous-jacent sera traité en dernier lieu ; tout autour de la tumeur une certaine portion de tissu osseux sain sera réséquée afin d'éviter la récurrence ; il faudra donc ruginer l'os, l'aplanir avec une gouge à main, ou bien enlever des parcelles osseuses à l'aide du ciseau et du maillet » (Soubeyran).

Si, dans la tumeur ainsi enlevée, l'examen histologique montre la présence d'éléments malins, il faudra pratiquer une opération radicale.

Dans certains cas, très rares, la récurrence survient ; il sera nécessaire de pratiquer une nouvelle ablation aussi complète que possible.

Lorsqu'on est en présence d'une transformation kystique du myxome, la seule méthode de traitement consiste à ouvrir la cavité et à enlever le tissu néoplasique.

OBSERVATIONS

Observation II

(TÉDENAT, *Montpellier Médical*, 1884, p. 533)

Myxome sous périostique du frontal. — Ablation. — Rugination de l'os.
Réunion immédiate.

Le 8 août 1881, S..., bourrelier à Lunel, entra dans mon service à l'hôpital Saint-Eloi, pour une tumeur occupant la région frontale. Il m'était adressé par le Dr Médard, avec les renseignements suivants :

Agé de quarante-six ans, gras et lymphatique, S... s'est toujours bien porté. Ni syphilis, ni rhumatisme, ni scrofulides. Rien à noter du côté de la famille. Il y a cinq ans, il constata l'existence d'une tumeur du volume d'une petite noisette, située un peu au-dessus de la partie moyenne de l'arcade sourcilière gauche. Immobile, indolore, cette tumeur atteignit en peu de temps le volume d'une olive, puis resta

à peu près stationnaire pendant deux ans environ. Alors elle grossit rapidement, se dirigeant vers la paupière, dont elle gêne les mouvements. A ce moment le malade crut y constater une certaine mobilité. Il y a dix-huit mois, une opération fut faite par le Dr Vedel ; mais, peu de temps après, la tumeur était aussi grosse qu'avant ; elle grossit très rapidement en tous les sens, et au moins d'avril 1881 elle avait les dimensions de la moitié d'une grosse noix appliquée par son plan de coupe au-dessus de l'arcade sourcilière. Molle, vaguement lobulée, peu ou point mobile, elle refoulait la paupière supérieure, distendait la peau, un peu rouge mais mobile. Rien à noter du côté des ganglions lymphatiques, état général excellent, douleurs légères.

A son entrée à l'hôpital, la malade déclare que la tumeur a beaucoup grossi depuis quelques semaines. Elle forme une saillie lobulée, molle, immobile dans toute sa partie supérieure, un peu mobile en bas, où elle refoule la paupière au-devant du globe oculaire. Elle a 7 centimètres dans le sens antéro-postérieur, 5 centimètres dans le sens transversal. A sa partie moyenne, elle forme une saillie variant de 2 à 4 centimètres, selon les points ; à la périphérie, elle s'aplanit peu à peu et se fusionne avec les parties voisines. La peau qui la recouvre est rosée, mais parfaitement mobile. De temps en temps, douleurs légères ; les ganglions sont sains, la santé générale est bonne.

La mobilité de la peau sur la tumeur nous indique que le néoplasme siège dans l'os ou le périoste. Comme elle est irréductible et peut être comprimée sans qu'il survienne aucun accident de compression cérébrale, il est certain qu'elle n'a pas perforé les os du crâne et ne communique pas avec la cavité crânienne. Sa consistance molle, sa lobu-

lation, font penser à un myxome ou à un lipome ; la lenteur de son évolution éloigne l'idée de sarcome.

10 août. — La région est rasée et lavée à l'éther, puis avec une solution phéniquée à 5 p. 100. Incision antéro-postérieure sur la partie moyenne de la tumeur intéressant l'aponévrose, respectant le périoste. Les lèvres de la plaie sont éloignées l'une de l'autre par des écarteurs mousses ; le périoste apparaît bosselé, mais avec son aspect normal, sauf en bas, où il est remplacé par une portion de la tumeur grisâtre, molle, de forme cylindroïde un peu aplatie, longue de 2 centimètres, large de 1 centimètre et pénétrant sous la paupière. Le périoste est incisé sur toute l'étendue de l'incision ; il fait corps avec le néoplasme. Périoste et tumeur sont facilement décollés de l'os de chaque côté de l'incision au moyen d'une rugine ; le décollement est poussé jusqu'à un centimètre environ au delà de la tumeur, puis au moyen de ciseaux l'excision est pratiquée dans le périoste sain. L'os est creusé de nombreuses dépressions arrondies, profondes de 1 à 3 millimètres ; il offre trois dépressions suffisantes pour loger un pois et où la tumeur envoyait des prolongements. Il est rouge, saigne peu et paraît sain. Néanmoins je le rugine de manière à aplanir sa surface, qui à la périphérie forme un bourrelet faisant une saillie de 4 à 5 millimètres au-dessus des parties saines. Après un lavage avec la solution phéniquée à 5 p. 100 qui suffit à arrêter le peu de sang qui s'écoule, six points de suture au catgut chromique réunissent les parties molles. — Pansement de Lister compressif et sans drain.

13. — Il n'y a eu ni douleur, ni fièvre (température maximum 38° 4). Le pansement est changé pour la première fois ; pas de gonflement, peu de rougeur : la réunion paraît certaine.

17. — Depuis hier, tuméfaction de la paupière supérieure, où le malade éprouve quelques élancements. — Pansement changé, réunion immédiate parfaite.

19. — Petit abcès à la partie externe de la paupière. Il est ouvert. Pansement à la vaseline boriquée.

23. — Guérison complète.

Le 10 mai 1884, la guérison persiste.

EXAMEN ANATOMIQUE. — La tumeur forme une masse lobulée, molle, gris clair, faisant corps avec le périoste. Celui-ci est sain dans toute son épaisseur sur la portion enlevée tout autour de la tumeur. Au niveau du néoplasme il est plus ou moins aminci et se continue avec ou sans ligne de démarcation précise. Son amincissement est tel au niveau des lobules les plus saillants qu'il faut employer une forte loupe pour en trouver la trace. Le tissu périostique a complètement disparu à l'endroit où le néoplasme se prolonge sous l'aponévrose au delà du sourcil jusque dans la paupière. De la face profonde du périoste partent de minces tractus fibreux qui cheminent entre les lobules de la tumeur et sont faciles à distinguer grâce à la disposition fasciculée et à la coloration plus blanche.

Sur des coupes minces, la tumeur est composée de cellules muqueuses à gros noyau et à longs prolongements: les unes sont étoilées, les autres allongées. Celles-ci sont les plus nombreuses. Ça et là existent de rares cellules arrondies à noyaux volumineux, à protoplasme granuleux. Sur quelques préparations, notamment sur celles qui portent entre deux lobules, on trouve des travées formées de fibres connectives avec quelques fibres élastiques. Dans ces travées existent des coupes de vaisseaux. Elles proviennent manifestement du périoste.

En aucun point de la tumeur il n'existe ni amas de cellules osseuses, ni d'ostéoplastes isolés.

Plusieurs débris d'os enlevés par la rugine ont été, après décalcification, examinés au microscope. Ils avaient leur structure normale, c'est-à-dire qu'en aucun point il n'avait été trouvé de cellules étoilées semblables à celles du néoplasme ni de lésions inflammatoires appréciables.

La lame externe du frontal, détruite au niveau des dépressions, dans lesquelles sont logés les nodules de la tumeur, forme entre celles-ci des ilots à bords échancrés. Quelques petits ilots, détachés du diploé par le néoplasme développé au-dessous d'eux, sont inclus dans l'épaisseur du tissu morbide, y formant de minces lamelles finement persillées en divers points.

Observation III

(TÉDENAT; *Montpellier Médical*, 1884)

Chondro-myxome

En 1877, j'ai assisté à une résection de la moitié gauche du maxillaire inférieur pour un chondro-myxome du volume d'un œuf de poule développé à l'union de la branche montante avec le corps de l'os.

Homme de 15 ans, de bonne santé habituelle, affecté de syphilis bénigne à l'âge de 19 ans. Il s'était aperçu en 1873, d'une tuméfaction légère à laquelle il ne prêta aucune attention, n'en souffrant pas.

A partir de novembre 1876, accroissement plus rapide de la tumeur ; deux mois avant son entrée à l'hôpital, traitement mixte (hydrargyre et iodure de potassium).

Le 15 mars 1877, le malade entre à la salle St-Philippe, dans le service du docteur Michaux, suppléant le professeur Desgranges. La tumeur fait saillie dans l'angle d'union de la branche montante et du corps ; l'os est distendu sur ses deux faces. A la face externe, lobule mou du volume d'une noix, entouré d'un rebord osseux crépitant sous la pression du doigt. Les deux dernières molaires, de couleur ardoisée mais exempte de carie, branlent depuis deux ou trois mois. La résection fut facile et le malade guérit sans accident.

A la coupe on voit la tumeur développée au centre de l'os et se confondant sans démarcation précise avec le tissu osseux. Sur presque toute son étendue le tissu est gris clair, mou, gélatineux ; quelques noyaux d'aspect cartilagineux sont disséminés dans la tumeur. Le nerf dentaire inférieur est refoulé en dedans et en bas. Toute la partie molle est du myxome pur ; les noyaux cartilagineux sont composés de cellules de cartilage semblables à celles de la couche moyenne des cartilages d'encroûtement. Quelques cellules cartilagineuses sont, autour des noyaux, mêlées à des cellules fibro-plastiques et à des cellules étoilées. Très peu d'éléments globocellulaires. Au mois de décembre 1877, le cadavre de cet homme fut porté à l'amphithéâtre de la Faculté de médecine, où j'étais prosecteur. — Mort de hernie étranglée. Pas de récidence.

Observation IV

(TÉDENAT, *Montpellier Médical*, 1884)

Fibro-myxome

Louis Gév..., âgé de 19 ans, pâtissier, demeurant à Lyon, entre le 17 juin 1876 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service du professeur Gayet, salle St-Sacerdos, n° 9, pour une tumeur du volume d'une mandarine, occupant la région externe du genou. Ce jeune homme, bien constitué, a eu une attaque de rhumatisme polyarticulaire aigu à l'âge de 14 ans. Les parents se portent bien.

Il y a deux ans environ qu'il aperçut une certaine tuméfaction au niveau du condyle externe du fémur droit. Comme il n'éprouvait aucune douleur ni aucune gêne dans les mouvements, il ne se préoccupa nullement de son état ; peu à peu la tumeur a augmenté de volume, et depuis trois ou quatre mois il éprouve un peu de raideur dans l'articulation du genou. On constate une tuméfaction due en partie à la tumeur, en partie à un épanchement dans la synoviale fémoro-tibiale. Rotule soulevée, choc rotulien très facile à obtenir, pas de fongosités appréciables dans l'article. La tumeur fait corps avec l'os ; du volume d'une mandarine, n'adhérant pas aux téguments qui ont conservé leur mobilité et leur coloration normale, elle est plaquée contre la partie supérieure de la face externe du condyle.

Son extrémité inférieure est à un travers de doigt du bord de la rotule. Elle semble tout à fait indépendante de la synoviale, sa consistance est demi-molle avec des points

plus fermes; polylobulée, fixe. L'état général du malade est excellent; pas d'engorgement des ganglions inguinaux. Un médecin a conseillé la compression avec une bande de caoutchouc et 2 grammes d'iodure de potassium à l'intérieur. Malgré le traitement régulièrement suivi depuis cinq mois, la tumeur a continué à s'accroître. On porte le diagnostic de chondrome développé sur le condyle externe; l'extirpation de la tumeur, qui paraît située à la surface de l'os, est jugée possible sans que l'articulation soit ouverte; l'épanchement articulaire est attribué à une irritation du voisinage, rendue peut-être plus efficace par la prédisposition du malade au rhumatisme.

20 juin. — Incision verticale sur le milieu de la tumeur, qui est recouverte par les expansions aponévrotiques. Celles-ci incisées, elle se présente sous la forme d'une masse lobulée, grisâtre et molle, naissant de l'os par un pédicule cylindrique court ayant 3 ou 4 centimètres de diamètre; le pédicule est sectionné au moyen d'un fort bistouri: la section donne lieu à un suintement de sang abondant. Avec la gouge et le maillet, une cavité pouvant loger une grosse noix est creusée dans l'os. Quand, par un évidement large, on est sûr d'avoir dépassé les limites du mal, quatre ou cinq fers au rouge sont éteints dans la cavité et servent à arrêter l'écoulement sanguin abondant. Des boulettes de charpie imbibées d'eau de Pagliari sont introduites dans la cavité osseuse. Pansement ouato-phéniqué.

Les suites de l'opération furent simples et la cicatrisation était complète le 17 août. Cicatrice déprimée. Disparition de l'hydarthrose. Un peu de raideur articulaire avec quelques craquements; mais, sous l'influence de mouvements méthodiques, la jointure avait récupéré son fonctionnement régulier dans les premiers jours de septembre.

La tumeur était un fibro-myxome. En certains endroits existaient des ilots mous, grisâtres, gélatinoïdes, formés par des cellules allongées ou arrondies à prolongements multiples anastomosés; en d'autres, le tissu fibreux était pur. Au mois de septembre 1880, c'est-à-dire quatre ans après l'opération, le malade jouissait d'une excellente santé.

Observation V

(NICAISE)

Altération kystique du grand trochanter

X... âgé de quarante-cinq ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Dijon en juillet 1866, salle Saint-Louis, n° 10, service de M. Ollier.

Affection de la hanche du côté droit dont le début remonte à sept ou huit mois et qui depuis six semaines condamne le malade à un repos absolu. L'extrémité supérieure de la cuisse est gonflée, douloureuse à la pression, surtout au niveau du grand trochanter. Le gonflement va en décroissant à partir de ce point. En bas, il empiète légèrement sur le tiers moyen de la cuisse. En haut et en arrière, il s'étend jusqu'à la crête iliaque; en dedans il est à peine appréciable. Rien du côté du pli de l'aîne et de la fosse iliaque interne. Les petits mouvements imprimés à l'articulation ne sont pas douloureux mais exagérés. Le malade souffre; on le place dans une gouttière de Bonnet. Frictions avec l'onguent mercuriel belladonné. Cataplasme de farine

de lin. Sous l'influence de ce traitement, les douleurs et la tuméfaction ne tardent pas à diminuer ; toutefois, les parties accessibles du grand trochanter restent toujours douloureuses à la pression. En outre, le malade se plaint d'élancements à ce niveau. Autant qu'il est permis d'en juger, le grand trochanter du côté malade avait trois fois le volume de celui du côté sain. Pas de fluctuation gauche, mais empatement profond. Au bout de quelques jours la fluctuation devient des plus évidentes, l'os paraît interrompu à ce niveau. Pas de crépitation papyracée. On ouvre avec le bistouri. Il s'écoule un liquide visqueux, filant et d'une transparence à peu près parfaite. Le malade qui souffrait encore fut immédiatement soulagé, un stylet introduit par l'ouverture permit de reconnaître l'existence d'une cavité anfractueuse avec des aiguilles et des arêtes osseuses dans divers sens. On continue l'usage des cataplasmes. Au bout de deux jours le liquide devient purulent ; mais plus tard et malgré les injections détersives qu'on faisait matin et soir, le malade est pris de fièvre et de symptômes septicémiques. Un abcès se forme derrière le grand trochanter ; on l'ouvre et il s'écoule une grande quantité de pus ichoreux et fétide. Sur ces entrefaites le malade est réclamé par sa famille ; il retourne à la campagne et trois mois après il était guéri. Au bout d'un an il marchait assez facilement avec un bâton.

Observation VI

(TAPIE, *Arch. méd. de Toulouse*, 1902)

Myxome récidivant du maxillaire inférieur,

Mme X... a toujours joui d'une santé parfaite, a deux enfants qu'elle a nourris et qui sont eux-mêmes bien portants.

Ses antécédents héréditaires sont les suivants :

Père mort diabétique. Mère encore vivante et en bonne santé. Deux sœurs bien portantes. N'a jamais entendu parler de néoplasmes chez les divers membres de sa famille.

En septembre 1889, Mme X..., alors âgée de trente-deux ans, fit une chute de voiture ; la région du menton fut violemment contusionnée, mais l'accident ne parut pas avoir de suites immédiates. Cinq ans après, en 1894, Mme X... éprouva, pour la première fois, de légères douleurs au niveau des incisives inférieures, les gencives devinrent sensibles, les dents mobiles sur le point de tomber.

La région du menton, surtout à gauche de la ligne médiane, était douloureuse au toucher, mais non sensible spontanément.

Au commencement de l'année 1896, un choc accidentel éveilla dans la région mentonnière une douleur très vive ; à partir de ce moment l'enflure et la douleur augmentè-

rent ; au niveau de la canine inférieure gauche le sillon gingivo-labial tendit à s'effacer et devint le siège d'une tuméfaction notable.

Un chirurgien d'Auch, croyant à un abcès, incisa au bistouri ; rien ne s'écoula, mais deux jours après, par l'incision pratiquée, une végétation se fit jour qui s'étala en champignon charnu, mou, un peu pâle, occupant le rebord gingival vis-à-vis de incisives inférieures. Celles-ci étaient tellement mobiles que le moindre effort aurait suffi à les détacher. Ce fungus, issu de la profondeur, présentait l'aspect clinique des *épusis*.

PREMIÈRE OPÉRATION. — L'opération fut pratiquée le 13 février 1896. Contre toute attente, le pédicule du champignon charnu n'était pas implanté sur le périoste du maxillaire. Ce fungus représentait le bourgeonnement extérieur d'une tumeur qui se prolongeait dans l'épaisseur du maxillaire logée entre les deux tables de l'os, le néoplasme paraissait avoir le volume d'un petit œuf, il fut enlevé à la curette ; par prudence le thermocautère fut, à plusieurs reprises, plongé dans la cavité et promené sur ses parois. Le doigt explorant la cavité sentait une surface lisse, ferme et assez régulière ; les pressions exercées sur cette surface ne déterminaient pas le brisement de trabécules osseuses, on avait l'impression que le néoplasme s'était creusé une loge dans l'os par simple refoulement et non par destruction de la substance osseuse, constatation assurément rassurante au point de vue de la bénignité, insuffisante cependant à enlever toute crainte pour les motifs suivants :

1° Le néoplasme avait franchi très vite l'enceinte osseuse avant d'avoir notablement boursoufflé l'os, et, sorti de sa coque, il venait végéter sur la gencive ;

2^o Les dents étaient déchaussées et sur le point de tomber.

3^o Enfin l'aspect macroscopique du néoplasme laissait la plus grande hésitation sur sa nature.

Les fragments du néoplasme ressemblaient en effet beaucoup au sarcome et l'impression laissée par un examen superficiel était certainement défavorable : masses charnues, blanchâtres ou rosées, molles, friables, ayant à peine l'aspect gélatiniforme, tels étaient les caractères saisissables à première vue et qui plaidaient plutôt en faveur du sarcome que d'un néoplasme bénin. La cavité osseuse, remplie de gaze iodoformée, bourgeonna assez vite, car en deux mois et demi la cicatrisation était parfaite.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — La structure du néoplasme ne rappelle en rien celle du sarcome ; on voit, sur des coupes, des éléments cellulaires à prolongements multiples anastomosés entre eux ; beaucoup de ces cellules sont étoilées, d'autres fusiformes ; un suc amorphe (substance intercellulaire muqueuse) remplit les mailles de ce réticulum. Sans aucun doute, la structure de ce néoplasme était celle d'un myxome qui avait pris naissance entre les deux tables du maxillaire.

La guérison s'est maintenue pendant cinq ans ; par une singulière coïncidence, un nouveau traumatisme vint atteindre encore une fois la région du menton. Il y a un an, il devint manifeste que le néoplasme repullulait. Cette fois, l'augmentation du volume, visible autrefois à gauche de la ligne médiane, occupait très nettement la saillie du menton. La malade, redoutant toute nouvelle intervention, a laissé grossir sa tumeur pendant un an ; les douleurs ressenties et la saillie de plus en plus prononcée du menton ont pu triompher de ses hésitations.

SECONDE OPÉRATION. — L'opération a été faite, cette fois, sous chloroforme, la peau du menton incisée sur la ligne médiane, de façon à mettre largement à nu la région malade. Une lame osseuse très fine limitait en avant la coque osseuse renfermant le néoplasme. L'ablation de cette mince lame permit de découvrir la tumeur qui avait à peu près la grosseur d'un œuf. Cette dernière se laisse détacher par fragments et on ne tarde pas à voir à nu le corps du maxillaire dur, solide, résistant, présentant une surface inégale, creusée d'une foule de petites cavités secondaires, où se trouvaient logées les nodosités du néoplasme. Tous les diverticules sont mis à nu et fortement cautérisés au fer rouge. Suture partielle en avant de la peau du menton et pansement à la gaze iodoformée.

L'aspect macroscopique du néoplasme récidivé avait subi quelques modifications ; tissu blanc grisâtre, beaucoup plus ferme que la première fois, il rappelait le sarcome fasciculé ; c'est à peine si, sur une coupe macroscopique faite au rasoir, on découvrirait une nuance de cet aspect translucide gélatiniforme qui est la caractéristique des myxomes.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — L'aspect des coupes est entièrement uniforme ; à un faible grossissement, on voit quelques-uns de ces tourbillons qu'on rencontre si fréquemment dans le sarcome fasciculé, et, à un examen superficiel, l'idée d'un fibrome à fibres conjonctives se présente à l'esprit. Au fort grossissement, l'aspect change totalement : on n'a plus sous le champ du microscope, et quel que soit le point de la préparation qu'on examine, qu'un immense réseau de cellules

stellaires ou à forme un peu allongée, dont les innombrables prolongements protoplasmiques sont anastomosés entre eux, formant un réseau dense, serré, dans les mailles duquel se trouve la substance muqueuse intercellulaire. C'est donc, à proprement parler, la structure type du tissu muqueux, et la seule différence histologique que nous ayons à relever entre la structure de la tumeur primitive et la structure de la tumeur récidivée, c'est que, dans la seconde, le réseau fibrillaire émané des cellules stellaires est plus dense (d'où la ressemblance avec le fibrome à un faible grossissement) et que, par là même, la substance muqueuse fondamentale y est beaucoup moins abondante.

Dans l'un et l'autre cas, le néoplasme s'est montré pauvre en vaisseaux. En aucun point, nous n'avons rencontré des nids de cellules rondes embryonnaires.

CONCLUSIONS

I. — Le myxome pur des os est une affection extrêmement rare de l'avis de tous les auteurs.

II. — Le myxome associé peut se présenter avec une fréquence un peu plus considérable, mais qui est cependant encore relativement faible.

III. — L'étude anatomo-pathologique montre que le myxome pur peut subir la dégénérescence muqueuse qui donne alors les aspects cliniques d'une tumeur kystique.

Il est d'ailleurs impossible de dire d'une façon ferme aux dépens de quelle partie de l'os les myxomes se développent.

IV. — La marche est lente et de longue durée, mais il ne

Il faut point perdre de vue que ce sont des tumeurs en équilibre instable.

V. — Il faut les opérer dès que le diagnostic en est posé, et l'on est en droit alors d'attendre une guérison définitive si l'on se conforme à ce principe essentiel : enlever le tissu néoplasique en entier.

Je soussigné, Docteur en Médecine, déclare avoir lu et approuvé.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 20 juillet 1905

Le Doyen,

MAIRET,

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 20 juillet 1905.

Le Recteur,

Ant. BENOIST.

BIBLIOGRAPHIE

VIRCHOW. — Leçons sur les tumeurs « myxomes des os », vol. I, p. 425.

VOLKMANN. — — Encyclopédie de Pitha et Billroth, t. II, A, p. 456.

LUCKE. — Encyclopédie de Pitha et Billroth, t. II, 178.

CORNIL et RANVIER. — Anatomie pathologique, Paris.

NICAISE. — Thèse d'agrégation, 1869.

TÉDENAT. — Montpellier médical, 1884, p. 533.

NOVÉ-JOSSERAND et BÉRARD. — Revue de chirurgie, 1895, p. 436.

RAFFIN. — Thèse de Lyon, 1885.

PONCET. — Encyclopédie internat. de chirurgie, 1888.

TAPIE. — Archives médicales de Toulouse, 1902, p. 361.

SOUBEYRAN. — Revue de chirurgie, 10 janvier 1904.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
